Rok LI. Kraków, dnia 14. września 1912. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu patologii ogólnej i eksperymentalnej Uniw. Jagiell. Dyrektor Prof. Dr K. Klecki.

O wpływie ciąży na rozwój przeszczepionych nowotworów mysich

napisał

Dr Gustaw Nowotny.

Chcąc dać odpowiedź na pytanie, czy ciąża wpływa na rozwój przeszczepionych nowotworów mysich oraz na długość życia myszy, którym się zaszczepiony nowotwór przyjął, rozpocząłem 26. XI. 1910 szereg doświadczeń, a mianowicie przeszczepień tkanki nowotworowej myszom białym.

Nowotwory, używane przezemnie do przeszczepiania o cechach gruczolaka, oznaczone Nr I. i Nr IV, są opisane bliżej w pracy Wrzoska: »O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych« [1]). Miazgę nowotworową szczepiłem podskórnie w okolice pachwin, na grzbiecie, lub też do ogona w dawkach w każdej seryi eksperymentów jednakich, z wyjątkiem seryi II, w której zaszczepiłem niejednakowe dawki.

Tkankę nowotworową zmiażdżoną nożyczkami lub w osobnym do tego służącym przyrządzie rozrzedziłem do połowy rozczynem fizyol. soli kuchennej.

Dawki zaszczepionej miazgi nowotworowej w połowie rozrzedzonej NaCl 0·85% wynosiły od 0·025 cm³ do 0·075 cm³, czyli dawki samej miazgi wahały się, zależnie od szeregu eksperymentów, od 0·0125 cm³ do 0·0375 cm³. W przyrządzaniu miazgi i w samem szczepieniu przestrzegałem ściśle zasad aseptyki.

Ogółem zużyto do doświadczeń 494 samic, z tej liczby u 236 nowotwór się nie przyjął. Na 258 dodatnich myszy, t. j. takich, którym nowotwór się przyjął i wywołał zejście śmiertelne, rodziło, lub jako ciężarne padło 36; z tej liczby tylko 16 odkarmiło swoje młode.

Wyniki moich eksperymentów podaję w tablicy, w której uwzględniam te szeregi eksperymentów, w których zaszczepiony nowotwór przyjął się przynajmniej części zaszczepionych myszy, pomijam zaś te szeregi, w której nowotwór nie przyjął się ani jednej myszy.

[1]) Przegląd lekarski 1910 Nr 52.

Zanim przejdę do omawiania wyników powyższych badań, przytoczę dane z piśmiennictwa, odnoszącego się bezpośrednio do niniejszej pracy. I tak Lewin [2]) przytacza spostrzeżenie Herzoga, który zauważył u ciężarnej samicy szczura, zaszczepionej w okolicy brzucha, znacznie szybszy rozwój mięsaka, aniżeli u szczurów nie ciężarnych. Według badań Haalanda i Bashforda [3]) samice ciężarne posiadają większą odporność na szczepienie tkanką nowotworową. Podobne spostrzeżenie zrobił Borrel [4]). Ehrlich [5]) zaznacza również, że »szczepienie nowotworów u samic ciężarnych daje bardzo często wyniki ujemne, albo też wzrost nowotworu opóźnia znacznie«.

Wreszcie L. Cuenot i L. Mercier [6]) na zasadzie swych spostrzeżeń podają, co następuje: 1) Ciężarne samice są odporniejsze na szczepienie nowotworu. 2) Nowotwór zaszczepiony przed zapłodnieniem rozwija się szybciej w czasie ciąży. 3) Tkanka nowotworowa zanika częściowo lub w zupełności w okresie karmienia, o ile samica karmi więcej niż jedno młode. Zjawisko to tłómaczą autorowie zmianami w krążeniu na korzyść gruczołów mlecznych, przez co tkanka nowotworowa, źle odżywiana, nie znajduje warunków rozwoju; podczas karmienia jednego tylko młodego zmiany te mają nie zachodzić. 4) Nowotwór bardzo powoli rozwijający się rozpoczął szybko się rozwijać po ukończeniu karmienia. Powyższe spostrzeżenia opierają się na bardzo małej liczbie zwierząt, bo tylko na sześciu samicach wogóle, co zresztą autorowie sami zaznaczają.

Wyniki moich doświadczeń wypadły nie zupełnie zgodnie z wynikami badań wymienionych wyżej autorów.

Co do odporności na szczepienie samic ciężarnych, to zbyt mała liczba moich spostrzeżeń nie pozwala na wnioski w tym względzie. Co się zaś tyczy średniej liczby dni życia myszy po zaszczepieniu ich nowotworem, to u samic, które przebyły ciążę, poród lub karmiły, otrzymałem nie jednakowe wyniki.

[2]) Lewin: Die Ergebnisse der exper. Erforschung der bösartigen Geschwülste. Ergebnisse der Inner. med. u. Kinderheilk. Tom I. i II. 1906.

[3]) Lewin: Die bösartigen Geschwülste vom Standpunkt der exper. Geschwulstforschung dargestellt. Leipzig 1909.

[4]) Borrel: Le probléme du cancer. Bulletin de l'Institut Pasteur. Tom V. 1907.

[5]) Prof. Dr Paweł Ehrlich: Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych. Stan. Szymanowski. Warszawa 1911.

[6]) L. Cuenot et L. Mercier: Etudes sur le cancer des souris Relation entre la grefle de tumeur, la gestation et la lactation. Compt. rend. d'Acad. des Sciences. Paris 1909,

Myszy zaszczepione nowotworem Nr I.

Liczba szeregu eksperymentów i data zaszczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Liczba zaszczepionych myszy	Liczba myszy, którym się nowotwór przyjął	Ciężarne: Liczba ciężarn., którym się now. przyjął	Ciężarne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Ciężarne: Średnia waga nowotworu	Ciężarne: Uwagi	Kontrolne: Liczba kontr., którym się nowotw. przyjął	Kontrolne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Kontrolne: Średnia waga nowotworu	Kontrolne: Uwagi	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: ciężarn.	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: kontrol
I. 28/XI 1910	grzbiet	20	15	2	55·5	4·95	Jedna szczepiona gdy była ciężarna, druga nie karmiła.	13	49·5	4·97		6·0	—
VIII. 11/V 1911	»	—	7	—	—	—		7	49·0	5·65		—	—
X. 8/VI 1911	»	30	11	3	37·3	8·00	Rodziły, nie karmiły.	9	51·0	3·26		—	13·7
XIII. 31/X 1911	ogon	55	8	—	—	=		8	40·0	5·04		—	—

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentów i data zaszczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Liczba zaszczepionych myszy	Liczba myszy, którym się nowotwór przyjął	Ciężarne: Liczba ciężarn., którym się now. przyjął	Ciężarne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Ciężarne: Średnia waga nowotworu	Ciężarne: Uwagi	Kontrolne: Liczba kontr., którym się nowotw. przyjął	Kontrolne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Kontrolne: Średnia waga nowotworu	Kontrolne: Uwagi	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: ciężarn.	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: kontrol
II. 7/XII 1910	pachwina	39	28	2	$43\frac{1}{2}$	10·45	Dwie szczep. jako ciężarne rodziły, jedna karmiła.	26	$29\frac{1}{2}$	6·13	Przerzut w płucach.	14	—
III. 30/XII 1910	»	38	33	6	35	5·02		27	$35\frac{3}{4}$	6·58		—	$\frac{3}{4}$
V. 22/II 1911	»	60	50	9	$30\frac{3}{4}$	7·18	Rodziły, 7 karmiło.	41	$28\frac{1}{2}$	5·79	Dwa przerz. w płuc.	$2\frac{1}{2}$	—
VI. 2/III 1911	ogon	39	25	9	$45\frac{1}{5}$	—	Rodziły, 3 karmiło.	16	$48\frac{1}{5}$	3·87	W płucach rozwinęło się 7 nowotworów.	$2\frac{2}{5}$	—
VII. 19/IV 1911	»	50	23	—	—	—		23	38	6·90	W płucach rozwinęły się dwa nowotwory.	—	—
IX. 18/V 1911	grzbiet	10	7	—	—	—		7	34·4	7·87		—	—
XI. 17/VI 1911	ogon	24	11	1	41	4·80	Rodziła, karmiła 2 dni.	10	33	2·16	Jeden nowotwór rozwinął się w płucach.	8	—
XII. 10/VII 1911	»	80	30	3	30	1·90	Rodziły, karmiły.	27	$32\frac{1}{2}$	1·48	W płucach rozwinęło się 20 nowotworów.	—	$2\frac{1}{2}$
XIV. 8/XII 1911	ogon i grzbiet	35	6	1	122	0·40	» »	5	54		Jeden przerzut w płucach.	68	—

Nigdy mi się nie udało stwierdzić szybszego rozwoju nowotworu w czasie ciąży, ani znikania tegoż, nawet częściowego, w okresie karmienia. Przeciwnie niejednokrotnie można było spostrzegać bardzo wybitny stopniowy rozrost nowotworu właśnie u samic karmiących. Natomiast średnia liczba dni życia była w przeważnej części doświadczeń większa u ciężarnych, zwłaszcza u tych myszy, które nietylko rodziły, lecz i swoje młode odkarmiły, aniżeli u myszy, które nie zachodziły w ciążę. Atoli zaznaczyć należy, że nie we wszystkich szeregach doświadczeń wyniki wypadły zgodnie, w niektórych bowiem myszy rakowate, służące do kontroli, żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio dłużej, aniżeli te, które były ciężarne i rodziły.

Zresztą należy podkreślić, że w rozwoju zaszczepionych nowotworów zachodzą tak u zwierząt kontrolnych, jak i u tych, które były przedmiotem powyższych badań, bardzo znaczne różnice indywidualne.

W powyżej przytoczonych wynikach uderza nizka ogólna liczba zwierząt, które zachodziły w ciążę. Na 236 zaszczepionych z wynikiem dodatnim zaledwie 36 rodziło, a i z tych zaszło w ciążę przed zaszczepieniem nowotworu 3. Wogóle myszy, u których przyjął się był nowotwór, zachodziły bardzo rzadko w ciążę w porównaniu z myszami, którym się zaszczepiony nowotwór nie przyjął. Okoliczność ta tembardziej zasługuje na podkreślenie, że zarówno pierwsze, jak i drugie myszy w każdym szeregu eksperymentów znajdowały się w zupełnie jednakowych warunkach hodowlanych, nawet w jednej klatce. A zatem bardzo małą płodność myszy rakowatych należy przypisać jedynie rozwijającemu się w ich ustroju nowotworowi. Myszy rakowate bardzo rzadko zachodziły w ciążę, chociaż do klatki ich były wpuszczone samce zaraz lub w kilka dni po zaszczepieniu samic i przebywały w niej conajmniej przez kilka tygodni. Zauważyłem bardzo małą płodność zarówno myszy, którym nowotwór przyjął się na grzbiecie lub w pachwinie, jak i u tych, którym został zaszczepiony do ogona z wynikiem dodatnim.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Lekkie przypadki duru brzusznego, trwające 1—2 dni, przebiegające z gorączką, pod postacią ostrego nieżytu żołądka i jelit, zależą przypuszczalnie od trującego działania mnogich l. durowych na błonę śluzową przewodu pokarmowego, podobnie jak to się dzieje w cholerze. Lecz w tych przypadkach l. durowy nie przeciska się do narządu chłonnego i tam się nie rozmnaża, wskutek czego i choroba prędko przemija.

Znane są przypadki, wprawdzie bardzo rzadkie, opisane przez Lenhartza, Weinhardta i innych, w których brakło jakichkolwiek zmian w jelitach, natomiast krew była przepełniona l. durowym. Są to niewątpliwie posocznice durowe w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Przypadek Lenhartza dotyczył rocznego dziecka, którego rodzeństwo chorowało na dur. We krwi tego dziecka stwierdzono l. durowe; objawy kliniczne były następujące: bezprzytomność, drgawki, tężyczka, bezładne ruchy gałek ocznych, sinica, wysoka ciepłota i osłabienie czynności serca, brak różyczki i powiększenia śledziony.

Na sekcyi stwierdzono zaczerwienienie i rozpulchnienie śluzówki okrężnicy, brak owrzodzeń i obrzmienia kęp Peyera oraz grudek. Gruczoły krezkowe były mało obrzmiałe.

Wogóle wielopostaciowość przebiegu duru brzusznego zależy od rozmaitości usadowienia się bodźca chorobowego.

Nazwę »dur brzuszny« należy zachować dla klasycznych przypadków z usadowieniem w narządzie chłonnym jamy brzusznej ew. krezki, dla rzadszych zaś przypadków zakażenia przez l. durowe z odmiennem usadowieniem należałoby zachować nazwę dur (typhus), dodając względnie do zajętego narządu jego nazwę n. p. typhus c. cholecyststide typhosa, typhus c. meningitide typhosa etc. Taką czyni propozycyę Schottmüller, zalecając jednocześnie zarzucenie dawnych nazw, jak to: meningo-nephro-pneumo-tonsillo-aut pharyngo-typhus i t. p., gdyż sprawy, rozgrywające się w odpowiednich narządach, stanowią częściej powikłanie zasadniczej choroby, duru brzusznego. Dla przypadków zaś, w których narządy owe są istotnie pierwotnem lub jedynem siedliskiem l. durowych, odpowiedniejszą byłaby według Schottmüllera przez niego wyżej podana nomenklatura. Zakażenie n. p. może nastąpić z pęcherzyka żółciowego, który uległ zapaleniu bez objawów ze strony jelit, lub też l. durowy może pierwotnie osiedlić się w mózgu, wywołać zapalenie opon mózgowych, tkanki mózgowej, ropień i objawy ogólne. W przypadkach Schottmüllera stwierdzano za życia obecność l. durowych w płynie mózgowordzeniowym, na sekcyi ropne zapalenie miękkiej opony mózgu i rdzenia, w jelitach zaś silny nieżyt grudkowy i obrzmienie gruczołów krezkowych w jednym przypadku, w innych zaś brak było wszelkich zmian w jelitach.

Podobne przypadki upoważniają do twierdzenia, iż nie zawsze l. durowy osiedla się w drogach chłonnych jamy brzusznej. Schottmüller i Fränkel podają w wątpliwość możność wyłącznego lub pierwotnego usadawiania się l. durowego w płucach resp. w ich gruczołach chłonnych. Jednakże kliniczne spostrzeżenia przemawiają za podobną możliwością.

Zatrzymam się nieco dłużej nad ostatnią sprawą, gdyż kilkakrotnie sam lub wespół z innymi kolegami (dwukrotnie z kol. Chojko, a raz z kol. Krauzem) spostrzegałem podczas panującej epidemii duru brzusznego przypadki, które z przyczyny zmian zapalnych w płucach od samego początku choroby dawały powód do mylnego rozpoznania zapalenia płuc. Dopiero dalszy przebieg i badanie bakteryologiczne oraz serologiczne sprostowały rozpoznanie.

Zarówno w dawniejszej, jak i w nowszej literaturze pewna część prac poświęcona jest sprawie t. zw. pneumotyfusu (Rokitansky, Hoffman, Griesinger, Liebermeister, Wagner, Jehl, Raus, Brunneau, Ch antemesse, Kühn, Finkler, Aufrecht, Curschmann, Ritter, Gerhard, Rindfleisch, Lepine, Gastou, Fraenkel, Schotttmüller, Sokołowski).

Odróżnić musimy dwa rodzaje spraw:

1) Zapalenie płuc, przebiegające z objawami durowymi, lecz etyologicznie niedurowego pochodzenia.

2) Dur, rozpoczynający się od zapalenia płuc, które maskuje zasadnicze cierpienie do pewnego czasu, aż wystąpią objawy typowe dla duru, stwierdzonego klinicznie i laboratoryjnie.

W ostatniej kategoryi ciekawem jest pytanie, czy: a) istnieją przypadki wyłącznego usadowienia się l. durowego w płucach bez zmian w jelitach; b) czy też zmiany zapalne w płucach są jedynie pierwszym objawem zakażenia całego narządu chłonnego wraz z układem chłonnym jamy brzusznej.

Ad 1) Zapalenie płuc, przebiegające z objawami durowymi, lecz etyologicznie niedurowego pochodzenia.

Zarówno Fraenkel, jak Curschmann, Aufrecht i Sokołowski, zaliczają zapalenie płuc włóknikowe z przebiegiem durowym do rzędu nietypowych astenicznych postaci.

Choroba rozpoczyna się albo od nagłego dreszczu wśród zupełnego zdrowia, albo też od ogólnego niedomagania, trwającego kilka dni. Czwartego dnia ciepłota dochodzi do 40°. Gorączka trwa 12—17 dni ze stopniowym spadkiem. Często na 1—2 dni przed wystąpieniem gorączki znajdujemy zapalenie gardła lub śluzówki jamy ustnej, niekiedy zaś (Gastou) po silnych dreszczach występuje zapalenie migdałów z wysiękiem żółtawym, ściśle przylegającym do śluzówki, podobnym do dużych pryszczów bez obrzmienia gruczołów podszczękowych. Jednocześnie prawie występuje nawał krwi do płuc. Wogóle sprawa żapalna w płucach ma charakter pełzający. Z początku zajęta jest pewna część płatu, poczem cały płat ulega schorzeniu. Wskutek też tego stopniowego zachorowywania poszczególnych części płatu w jednem miejscu sprawa już ma się ku rozejściu, gdy w drugiem ulega płuco nawałowi i zwątrobieniu. Tem się też tłómaczy, że zarówno oddech, jak i czynność serca ulegają niewielkim zmianom. Fizyczne objawy występują dopiero 2—7. dnia, albo w drugim tygo-

dniu. Są one niewyraźne. Przy opukiwaniu stwierdzamy niewielkie stłumienie, odgłos pusty lub z przydźwiękiem bębenkowym. Przy opukiwaniu zaledwie w niektórych przypadkach znajdujemy oddech oskrzelowy i trzeszczenie, w innych zaś jedynie oddech szorstki z nielicznemi trzeszczeniami. Plwocina jest mało charakterystyczna, a nawet bardzo rzadko zjawia się plwocina rdzawa. Wskutek odurzenia może nie być kaszlu, chory zaś nie odczuwa bólu przy oddychaniu. Niekiedy występują wymioty, wzdęcia i objawy nieżytu jelit.

Gastou u swoich chorych widział obfite wolne stolce barwy żółtej, w przypadku zaś Fraenkla stolce były grochówkowate.

Często bywają zajęte nerki; mocz zawiera białko w mniejszych lub większych ilościach. Na sekcyi stwierdzano miąższowe zapalenie nerek (Kühn). Układ nerwowy bywa często zajęty — odurzenie, bredzenie, napady szału. Oprócz tego spostrzegano petocie lub różyczkę (Ritter, Gaston), występujące, jak w przypadku Fraenkla, ósmego dnia choroby. W tym przypadku był także odczyn dwuazowy.

Finkler w 42 przypadkach podobnego zapalenia płuc znajdował: w 2 dwoinki zapalenia płuc, w 12 gronkowce, w 27 paciorkowce, zaś według Fraenkla w przeważnej części przypadków obecne są dwoinki Fraenkla-Weichselbauma, w innych zaś paciorkowce. Müller w jednym przypadku znalazł l. okrężnicy w plwocinie, krwi i w moczu. Keibrich na sekcyi w płucach również znalazł l. durowe.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilidologia.

Herxheimer i Altmann. **W sprawie leczenia tocznia salwarsanem.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 110). Autorowie zauważywszy, iż po wlewaniach salwarsanu u ludzi ze zmianami gruźliczemi powstaje odczyn miejscowy i sądząc, iż jest to działanie tuberkuliny, powstałej z prątków zniszczonych przez salwarsan, zaczęli leczyć tocznia (lupus) wlewaniami przetworu Ehrlicha. Leczenie kombinują ze wstrzykiwaniami starej tuberkuliny i osiągają metodą taką niezłe wyniki. H. L. Weber.

Krulle. **Odczyn Wassermanna w modyfikacyi Dungerna.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 113). Na podstawie przeszło 150 przypadków dochodzi K. do przekonania, iż »odczyn Wassermanna, wykonywany metodą uproszczoną Dungerna, daje wyniki pewne, na których polegać można, samo zaś wykonanie odczynu jest tak łatwe, iż każdy lekarz bez jakichkolwiek większych wstępnych wiadomości odczyn ten przeprowadzić potrafi«. H. L. Weber.

Stern. **O podniesieniu się ciepłoty ciała u chorych ze zmianami kiłowemi trzeciorzędnemi.** (Archiv f. u. Syph. T. 113). St. sądzi, że podwyższenie ciepłoty ciała, które u ludzi ze zmianami kiłowemi trzeciorzędnemi, zwłaszcza narządów wewnętrznych, dochodzi czasem wysokiego stopnia, zależy przeważnie od samego zarazka kiłowego i produktów przez niego wytworzonych, gdyż często u chorych tych nie można wykryć żadnych innych przyczyn podniesienia się ciepłoty, która opada przy leczeniu przeciwkiłowem. Rzadziej podwyższenie ciepłoty zależy i od powyższej przyczyny i od następowego zakażenia (kiła płuc, elit), w takich zaś razach leczenie przeciwkiłowe wywiera na ciepłotę ciała bardzo mały wpływ. H. L. Weber.

Bernheim. **Doświadczenia kliniczne z wlewaniem kwaśnego rozczynu salwarsanu.** (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 113). Wlewania kwaśnego rozczynu salwarsanu, a więc nie alkalizowanego, rozpuszczonego jedynie w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, nie dają lepszych wyników, aniżeli wlewania zobojętnione w sposób przez Ehrlicha podany, mają natomiast wiele stron ujemnych. Po wlewaniach odczyn czasami ogromnie silny trwa daleko dłużej, niż po wlewaniach obojętnych; z ubocznych zaś objawów występują bardzo często osłabienie narządu krążenia, śpiączka, silne wymioty, biegunki, zapady, wysokie podniesienie ciepłoty ciała. Wielkość dawki, zgęszczenie rozczynu i własności biologiczne rozczynu soli nie grają przy tem żadnej roli. H. L. Weber.

Prof. Bruhns: **Nowoczesne leczenie kiły.** (Med. Klinik, 1912, Nr 25—26). Trzy odkrycia wywołały przewrót w leczeniu kiły: odkrycie krętka bladego, odczyn Wassermanna i salwarsan. Co do krętków, to tylko w jamie ustnej rzecz sprawia trudności, tak mało różnią się krętki blade od krętków zębowych i innych tu znajdowanych. Znalezione jednak na wrzodach czy kilakach nietypowych, wywołujących wątpliwości rozpoznawcze, utrwalają krętki rozpoznanie kiły i nakazują natychmiastowe leczenie, bez wyczekiwania na dodatni odczyn Wassermanna. Co do próby Wassermanna, to autor zastanawia się nad tem, czy wynik jej ma być drogowskazem w leczeniu, czy też ma jedynie znaczenie rozpoznawcze. W drugorzędnym okresie kiły powinna próba Wassermanna wedle autora być drogowskazem w leczeniu o tyle, że przy leczeniu zdąża się do uzyskania ujemnego wyniku próby. Nie zawsze jednak tak długo leczenie należy prowadzić, aż próba wypadnie ujemnie, gdyż bardzo często przy najenergiczniejszem nawet leczeniu odczyn pozostaje dodatni, z drugiej zaś strony wiemy, że często odczyn sam przechodzi z dodatniego w ujemny i bez leczenia lub w kilka tygodni lub miesięcy po leczeniu. Nawet w razie stałego odczynu ujemnego jest autor za przewlekłe przerywanem (chronisch-intermittirend) leczeniem, gdyż tylko ono napewno zapobiedz może późnym objawom kiły. Poronne leczenie udaje się czasem przy bardzo wcześnie przedsiębranem energicznem leczeniu rtęcią i salwarsanem, autor jednak zapatruje się dość sceptycznie na ten poronny skutek, radząc mimo braku drugorzędnych objawów i stale ujemnego odczynu Wassermanna poddać chorego kilkakrotnemu leczeniu przeciwkiłowemu. Przechodząc do znaczenia próby Wassermanna w późnym okresie kiły zastanawia się autor nad tem, czy odczyn ujemny stanowczo wyłącza wystąpienie dalszych objawów i czy dodatni stanowczo przemawia za tem, że lada dzień należy oczekiwać nawrotu. Zdania o znaczeniu dodatniego odczynu Wassermanna w późnym okresie kiły, są podzielone: jedni uważają go za dowód kiły czynnej, inni, a między nimi i autor, uważają go za dowód, że badany przeszedł zakażenie kiłowe. Są to często przypadki, które mimo najenergiczniejszego leczenia w późnym okresie zawsze dają odczyn dodatni, albo gdzie powstały pod wpływem leczenia odczyn ujemny wkrótce zamienia się napowrót w dodatni. Co do tych przypadków wypowiada autor zdanie, że jeźli cały szereg lat nie było objawów kiły, a do tego początkowe leczenie kiły było energiczne, to nie należy u chorych takich przykładać wagi do odczynu dodatniego; autor przekonał się bowiem w ciągu ostatnich kilku lat kilkakrotnie, że taki uporczywy odczyn dodatni w późnym okresie sam przez się bez leczenia przechodził w ujemny. Co do salwarsanu, to autor roztrząsa najpierw sprawę zaburzeń, wywoływanych przez salwarsan, a potem przechodzi dopiero do wyników, otrzymanych przez stosowanie tego środka w kile. Wśród zaburzeń na pierwszy plan wysuwają się poruszone przez Fingera tak częste neurorecydywy od chwili stosowania salwarsanu,

które dawniej wprawdzie zdarzały się, ale nie tak często. Autor uznaje wprawdzie, że neurorecydywy obecnie częstsze, niż dawniej, przeczy jednak stanowczo, aby były tak częste, jak Finger twierdzi. Autor spotkał kilkakrotnie niedowład nerwu twarzowego, raz zapalenie nerwu ocznego, raz zaburzenia w sferze nerwu słuchowego, wszystkie te jednak zmiany z czasem ustąpiły same lub pod wpływem drugiego wstrzyknięcia salwarsanu. Autor nie przychyla się również do twierdzenia Fingera, by salwarsan działał trująco na nerwy. Odkąd salwarsan stosuje się w kombinacyi z rtęcią, neurorecydywy występują bardzo rzadko; przemawia to za tłómaczeniem Ehrlicha i Wechselmana, który przyczynę neurorecydyw upatrują w słabej dawce salwarsanu niewystarczającej do zabicia wszystkich krętków usadowionych w nerwach, a pobudzającej krętki ocalałe. Przypadki śmierci po zastosowaniu salwarsanu tłómaczy autor bądź szczególną idyosynkrazyą do przetworów arsenowych, bądź nagłem uwolnieniem się z ciał zabitych krętków wielkich ilości i zatruciem niemi ustroju lub tylko silnym przez nie wywołanym obrzękiem miejscowym ważnych dla życia nerwów mózgowych. Na dowód tego przytacza autor dwa przypadki śmierci, której przyczyną w jednym był obrzęk i przekrwienie korzonków nerwu przeponowego i jako następstwo ustanie oddechu, a w drugim nagłe zaczopowanie tętnicy mózgowej przy istniejących kiłowych zmianach tętnicy (arteriitis syphilitica), a to z powodu odczynu Herzheimera. Liczba przypadków śmierci jest jednak w stosunku do olbrzymiej liczby wstrzyknięć dotąd wykonanych tak znikomo mała, że nie przemawiają one wcale przeciw ogólnemu racyonalnemu stosowaniu tego w leczeniu kiły tak dzielnego środka.

Co do wyników leczenia salwarsanem, to od czasu zastosowania kombinacyi rtęci z salwarsanem odniósł autor wrażenie, że nawroty kiły stały się znacznie rzadsze t. j. występujące w dłuższych przerwach. Wyniki, uzyskane przez nader wczesne stosowania salwarsanu z rtęcią, gdy odczyn Wassermanna jeszcze jest ujemny, t. j. kiła się nie uogólniła, nakazują próbować takiego wczesnego leczenia w każdym przypadku, rozpoznanym na zasadzie wykrycia krętków. O ile takie przypadki okażą się trwale uleczonymi, przyszłość pokaże; dotychczasowa najdłuższa obserwacya wynosi $1^1/_2$ roku. Wpływ salwarsanu z rtęcią na wynik próby Wassermanna jest lepszy, niż dawniej samej rtęci, ma on jednak znaczenie donioślejsze tylko wtedy, gdy wynik próby jest stale ujemny. Co do sposobu wstrzyknięcia, to najlepszym okazał się sposób śródżylny, choć z powodu trudności wykonania i długich przygotowań nie może się nadawać do szerszego zastosowania w praktyce. W kile wrodzonej nadaje się salwarsan także do wstrzykiwań śródżylnych; najlepiej do tego nadają się żyły czaszkowe, choć nie w każdym przypadku zabieg się udaje. Noeggerath poleca w najnowszych czasach do tego celu małą dawkę bardzo zgęszczonego rozczynu, a więc n. p. 0·1 salwarsan w 2 cm^3 płynu. Huebner stosuje u dzieci 0·008 g. salwarsanu na kilogram wagi ciała, autor uważa jednak tę dawkę za zbyt małą.

Streszczając swą pracę przedstawia autor nowoczesne leczenie w ten sposób: Wrzód pierwotny, którego przyrodę stwierdzono napewno przez wykrycie obecności krętków, powinien być wycięty lub przypalony powietrzem gorącem. Następnie wlewa autor dwukrotnie do żyły po 0·5 salwarsanu w odstępie jedno—dwutygodniowym, poczem kilka wstrzyknięć salicylanu rtęci (8—10), w końcu znowu salwarsan do żyły w dawce 0·5 tak, iż chory w krótkim czasie dostaje 1·5 gr. salwarsanu. Teraz, jeżeli niewystąpią objawy ogólne, radzi autor co 6 tygodni badać odczyn krwi i w razie wyniku ujemnego albo leczenie zupełnie przerwać, albo — za czem autor jest bardziej — w odstępach kilkumiesięcznych poddać chorego leczeniu rtęciowemu. Przy wystąpieniu objawów ogólnych radzi autor przeprowadzić leczenie przewlekłe-przerywane (chronisch-intermittirend) bez względu na wynik odczynu Wassermanna, choćby ten odczyn nawet stale był ujemny. O tem, czy w danym przypadku użyć należy więcej salwarsanu, a mniej rtęci, rozstrzygają rozmaite względy, a to idyosynkrazya do jednego czy drugiego środka, żywe oddziaływanie na ten czy tamten środek, ciężkość samego przypadku; autor oświadcza się jednak za tem, by ilości rtęci wcale przez salwarsan nie uszczuplać. W okresie trzeciorzędnym należy w razie objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego stosować salwarsan tylko bardzo ostrożnie z obawy wystąpienia zbyt silnego objawu Herxheimera (jak powyżej). Trzeciorzędne zmiany na skórze i w kościach należy bardzo energicznie leczyć w ten sposób, jak przy leczeniu poronnem, ewentualnie mimo ujemnego odczynu Wassermanna po kilku miesiącach przeprowadzić jeszcze raz leczenie rtęciowe. Mondschein.

Prof. Hirsch. **Kiła a marskość nerek.** (Med. Klin. 1912, Nr 28). Pierwszy Wagner opisał dokładniej kiłę nerek. Opisał on nietylko ostre kiłowe zapalenie nerek, ale upatrywał w kile także przyczynę marskości nerek. Ostre kiłowe zapalenie nerek może wystąpić już w początkowym okresie okresu wtórorzędnego kiły i wywołać najcięższe nawet objawy (znaczna ilość białka, dużo wałeczków, obrzęki, objawy mocznicy itd.); z tego zapalenia rozwinąć się może następowa marskość nerek. Kiła może jednak zupełnie nieznacznie prowadzić wprost do marskości nerki. Kiłowego śródmiąższowego zapalenia nerek (nephritis interstitialis) nie można anatomicznie wcale odróżnić od niekiłowego. Łatwiejsze jest rozpoznanie, gdy się rozwiną ogniskowe zmiany łącznotkankowe (nephritis interstitialis chron. fibrosa multiplex). Na nie zwrócił uwagę w nowszych czasach Löhlein, kładąc przytem nacisk na pierwotne kiłowe schorzenia naczyń krwionośnych, jako przyczynę marskości. Opiera on swe twierdzenie na spostrzeżeniu, że marskość nieraz zajmuje jedną tylko nerkę, oraz na spostrzeżeniach innych autorów (Weigert). Co do leczenia, to przez wzgląd na niedomogę nerki w wydzielaniu rtęci należy zachować ostrożność co do stosowania tego leku, by nie wywołać ciężkich zmian jelit z krwotokami i owrzodzeniami kiszki grubej. Autor więc stosuje rtęć bardzo ostrożnie i kombinuje ją z wstrzykiwaniem małych dawek salwarsanu; jeśli zaś objawy nerkowe przypadają na okres trzeci, wtedy podaję też jod. Wszystkie te środki zaczyna podawać od dawek małych, powoli je zwiększając. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

82. Ogólne zebranie 30. marca 1912.

Obecnych gości dwóch, członków dwudziestu cztrech.

1) Na przewodniczącego zebrania został wybrany kol. H. Fidler.

2) Kol. przewodniczący wita gości: kolegę Kozłowskiego z Ojcowa i Wojczyńskiego z Radomia, poczem odczytuje korespondencyę, mianowicie list Tow. lek. w Archangielsku z prośbą o przysłanie egzemplarza Ustawy naszego Towarzystwa, odezwę Towarzystwa imienia Pirogowa z prośbą o zbieranie składek dla głodnych w Rosyi. Postanowiono egzemplarz Ustawy Tow. archangielskiemu przesłać oraz odezwę Towarzystwa im. Pirogowa przyjąć do wiadomości.

3) Kol. Kozłowski z Ojcowa: **O racyonalnem odżywianiu się.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi brali udział koledzy: Przyłęcki, Keller, Kram, Korsak, Raszkes, Pełczyński oraz kol. H. Fidler, który dziękuje kol. Kozłowskiemu za przyjazd i wygłoszenie odczytu.

83. Ogólne zebranie wspólnie z przedstawicielami adwokatury i sądownictwa radomskiego dnia 14. kwietnia 1912 r.

Obecnych gości czternastu, członków dwudziestu jeden.

1) Do prezydyum przez aklamacyę wybrani: na przewodniczącego zebrania mecenas Karol Staniszewski, na wiceprezesa kol. Kazimierz Wędrychowski z Szydłowa, na sekretarzy mecenas Stefan Sobieszczawski i kol. Tadeusz Rakowski.

2) Mecenas Józef Kuczyński, odczytuje swój referat: **Rola lekarza w procesie kryminalnym.**

3) Kol. Karol Rychliński z Warszawy, wypowiada rzecz: **Rola biegłego w sprawach karnych, tyczących się poczytalności.**

4) Kol. Józef Pełczyński, odczytuje swoje prace: **Rola biegłego w sprawach karnych, tyczących się uszkodzeń cielesnych.**

Dyskusya była nader ożywiona, przeciągnęła się do późnej godziny, udział brali w niej oprócz prelegentów sędzia Falkiewicz, kol. H. Fidler, kol. Przychodzki i inni.

84. Ogólne zebranie 30. maja 1912.

Obecnych członków dwudziestu trzech, gość jeden.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrany kol. H. Fidler, który wita gościa p. Wojczyńskiego, zarządzającego laboratoryum weterynaryjnem gubernialnem.

2) Wybór kandydatów na lekarza naczelnego, mającego powstać szpitala dziecięcego im. Hr. Ożarowskich w Radomiu, odłożono, poczem na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Kosicki, który udziela głosu kol. H. Fidlerowi dla wygłoszenia odczytu: **Nowoczesne poglądy na etyologię i patogenezę ostrych chorób zakaźnych.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiał p. Wojczyński.

Członek zarządu sekretarz T. Rakowski.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie d. 17. grudnia 1911 r.

Obecnych 17 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski. Nieobecnego sekretarza zastępuje kol. Zaborski.

1) Kol. Perelman odczytał referat: **O pomocy lekarskiej fabrycznej,** w którym przedstawił obecny stan pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej i jej braki i nakreślił w ogólnych zarysach sposoby, wiodące do usunięcia wadliwych stron dzisiejszej organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej. Kol. Perelman uważa za najlepsze, aby pewna grupa fabryk utworzyła organizacyę, któraby się zajmowała udzielaniem pomocy lekarskiej robotnikom i ich rodzinom; organizacya taka powinna być niezależna tak od fabryk, jak i od robotników i powinna być utrzymana tak przez fabrykantów, jak i robotników. Organizacya ta powinna znieść ambulatorya, a założyć specyalne polikliniki, prowadzone przez odpowiednią liczbę specyalistów i mieć szpital ze wszystkimi oddziałami, własną aptekę z odpowiednimi dobrymi przetworami. Lekarze organizacyi powinni mieć byt całkowicie zabezpieczony, aby nie dążyli do praktyki prywatnej. Niezależnie od organizacyi mogliby istnieć lekarze fabryczni, jako urzędnicy fabryczni, którzy kwalifikują do przyjęcia do fabryk, prowadzą listy nieszczęśliwych wypadków, określają niezdolność do pracy, skierowują chorych do odpowiednich specyalistów i czuwają nad higieną fabryczną.

W dyskusyi kol. Dehnel sądzi, iż główną ujemną stroną ambulatoryów jest przedewszystkiem nadmierna ilość chorych; odczuwać się też daje brak specyalistów, do którychby można niektórych chorych kierować. Gdyby frekwencyę chorych w ambulatoryach ograniczyć do minimum, to ambulatorya mogłyby służyć nadal; mowca nie widzi potrzeby specyalnych poliklinik. Lekarze ambulatoryów powinni się ogólnie oryentować, aby ważniejsze przypadki w czasie właściwym kierować do specyalistów. Co się tyczy utrzymania przez fabryki w szpitalach specyalnych oddziałów, to dopóki nie będzie odpowiednich przepisów państwowych, fabrykanci nie zgodzą się na to. — Kol. Królikowski zaznacza, że gdyby był jeden np. specyalista z danej dziedziny, to będzie to także monopolem, a lekarz ten będzie przeciążony ilością chorych. — Kol. Zieleniewski wyraża zdanie, iż można wyzbyć się w ambulatoryum symulantów, dając zmęczonym urlopy kilkodniowe dla wypoczynku. — Kol. Perelman w końcu wnosi, aby 1) żądać od fabrykantów udzielania pomocy specyalnej, 2) zachęcać kolegów specyalistów do zakładania lecznic prywatnych, 3) ustalić ilość robotników, jakiej jeden lekarz może udzielać pomocy w ambulatoryum i w szpitalu.

Posiedzenie z d. 20. stycznia 1912 r.

Obecnych 22 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski.

Kol. Dehnel: **Racyonalny sposób walki z gruźlicą w Zagłębiu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Weinzieher zwraca uwagę, że nietyle brak wykształcenia, jak utrzymuje prelegent, ile warunki ekonomiczne wpływają na szerzenie się gruźlicy, w skutek szczególnie niekorzystnych warunków u ludzi biednych, źle się odżywiających, źle mieszkających. W swoim sposobie walki z gruźlicą w Zagłębiu prelegent, uwzględnił wyłącznie robotników fabrycznych, chociaż ogromny kontyngent chorych na gruźlicę daje ludność miejska, składająca się przeważnie z rzemieślników, drobnych handlarzy i t. p. Co do samego projektu urządzenia osobnego szpitala, czy uzdrowiska, w jakiej zdrowej miejscowości w pobliżu, to projekt to niezupełnie nowy. Od paru lat już w Towarzystwie lekarskiem, projekty takie szeroko omawiano, urządzano ankiety w tym celu, wszystko jednak się rozbijało o brak odpowiednich funduszów. Czy gruźlicę można uznać za chorobę zawodową i, jako taką, podlegającą wynagrodzeniu, jest co najmniej wątpliwe. Wreszcie wielkim optymiznem tchną zwroty kol. D. do wielkoduszności kapitalistów i wdzięczności ludności robotniczej dla kapitału. Naturalnie między kapitalistami mogą się znaleść ludzie dobrej woli, których sprawa zdrowia społecznego może mocno obchodzić i którzy chętnie ofiarują na ten cel nawet znaczne sumy; o ogóle kapitalistów tego jednak przypuszczać nie można.

Kol. Królikowski sądzi, że główną rzeczą jest w całej sprawie, czy rzeczywiście fabrykanci nie mają odpowiedniej do istniejących przepisów liczby łóżek dla swoich robotników. Jeżeliby w istocie zgodnie z cyframi statystycznemi prelegenta, brakowało 200 łóżek, w takim razie mogłoby się udać drogą nacisku ze strony odpowiednich władz zmusić fabrykantów do wypełnienia tego braku przez wybudowanie szpitala na 200 łóżek. Co do samej choroby, to zdaniem kol. K., gruźlicy nie można uznać za chorobę zawodową.

Kol. Arnold zaznacza, że prelegent mało zwrócił uwagi na etyologię. jak: ogólny sanitarny stan Zagłębia, brak asanizacyi, dobrych dróg i t. p., wogóle słabo rozwinął stronę etyologiczną. Zbudowania osobnego szpitala w miejscowości zdrowej nie można jeszcze nazwać racyonalnym sposobem walki z gruźlicą, jeżeli się nie uwzględnia powyższych, sprzyjających rozwojowi gruźlicy czynników.

Kol. Puterman nie podziela zbyt pesymistycznego poglądu prelegenta na sprawę swoistego leczenia gruźlicy. Liczny zastęp wybitnych klinicystów stwierdził pomyślny wpływ leczenia biologicznego gruźlicy. Co do leczenia sanatoryjnego, to najwięksi jego zwolennicy, Niemcy, w czasach ostatnich ostygli z pierwotnego zapału, przekonaw-

szy się o nietrwałym wyniku kosztownego leczenia sanatoryjnego chorych gruźliczych, bez pośrednictwa innych instytucyi pomocniczych, jak: szkoły leśne, kolonie letnie, ligi przeciwgruźlicze, dyspensatorya i t. p., któreby mogły zabezpieczyć gruźliczych od złych warunków socyalnych. Mowca kładzie wielki nacisk na ligi przeciwgruźlicze (Fürsorgestelle-niemców, dispensaires-francuzów), które, zdaniem jego, bodaj czy nie odgrywają największej roli w walce z gruźlicą.

Kol. Czajkowski również jest tego zdania, że sanatorya przyniosły wielkie rozczarowanie. Co do ilości łóżek, to fabrykanci urzędowo są w porządku. Jeżeli który nie ma własnego szpitala, to ma zarezerwowaną odpowiednią ilość łóżek w innym szpitalu.

Kol. Królikowski uważa za przesadę odmawiania wszelkiego znaczenia sanatoryom; tytuł odczytu uważa za zbyt pretensyonalny, — nie odpowiada on treści. — Takież zdanie wypowiada kol. Podczaski.

Kol. Dehnel zwraca uwagę, że w odczycie mówił o higienie publicznej i prywatnej, że proponuje nie sanatoryum, ale szpital dla gruźliczych, obstaje przy swojej statystyce, według której brakowało 200 łóżek szpitalnych, zgadza się zresztą na zmianę tytułu na »Racyonalny sposób leczenia gruźlicy w Zagłębiu«.

Kol. Pfabe: **Dane statystyczne z ostatnich 10 lat o gruźlicy wśród robotników fabryki »Fitzner i Gamper« w Sosnowcu.**

Praca oparta na materyale ambulatoryjnym, gdzie ścisłe rozpoznanie gruźlicy w początkowych jej okresach jest trudne. Nowoczesne metody rozpoznawcze nie znajdują dotychczas w ambulatoryach fabrycznych zastosowania. Dotychczas posługujemy się wywiadami, dłuższą obserwacyą chorego i jego rodziny i metodami fizycznemi. Te metody nie dają nam, szczególniej w początkowych okresach choroby, pewnych danych. Zdanie to wygłasza Alfred Sokołowski w pracy swej »Najnowsze metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej«.

Prelegent przyłącza się do tych, którzy przywiązują nie małą wagę do ostrego, wydłużonego oddechu nad grzbietem łopatki, najczęściej po prawej stronie występującego, gdyż bardzo często spostrzegał objaw ten na długi czas przed wystąpieniem innych objawów, dla gruźlicy znamiennych. Naogół rozpoznajemy w praktyce ambulatoryjnej suchoty płucne tam, gdzie zmiany w płucach są już wybitniej zaznaczone. Spotykamy bardzo często stany chorobowe, któreby nas na myśl o możliwości gruźlicy w pierwszym okresie lub utajonej naprowadzić mogły: uporczywą niedokrwistość, ogólny upadek sił, długotrwałe zaburzenia w trawieniu, częste i silne krwotoki z nosa, kołatania serca, cierpienia stawów i t. d. Tłem tych stanów jest bardzo często gruźlica. Zadaniem nowoczesnych metod rozpoznawczych będzie ułatwić nam oryentowanie się w tym chaosie; dzisiaj wobec niepewności rozpoznania tracimy cały ten materyał dla statystycznych danych o gruźlicy. Obecny stan szpitalnictwa naszego, a przedewszystkiem brak odpowiednio urządzonych szpitali przyczynia się również w wielkiej mierze do tego, że niedoceniamy ważności ścisłego, na ile nas stać, różniczkowania różnych stanów chorobowych w płucach, bo nie widzimy możności leczenia chorego na gruźlicę płuc w początkowych okresach ze względu na ogromny kontyngent chorych na płuca robotników naszych w Zagłębiu, leży stanowczo w naszym własnym interesie, abyśmy w miarę sił i możności dołożyli wszelkich starań dla poprawy nienormalnych stosunków w lecznictwie chorób płucnych.

Materyał do statystyki prelegent czerpał z kartek ambulatoryjnych (około 20.000). Cyfry podane w poniżej zestawionej tablicy dotyczą chorych gruźliczych w stosunku do ogólnej ilości chorych.

	Liczba badanych chorych	Gruźlica		Przewlekłe choroby płuc na tle prawdopodobnie gruźliczem	Zołzy	Liczba chorych gruźliczych wogóle	% w stosunku do ogólnej ilości chorych	% dzieci zołzowatych
		Płuc	Chirurgiczna					
Mężczyźni	1370	22	3	70		95	7·0%	
Kobiety	832	32	4	59		95	11·4%	
Dzieci	1995	16	16	30	468	62	3·6%	23·4%
	4197	70	23	159	468	252	6·0%	23·4%

Jeżeli do ogólnej liczby chorych 252, dodamy liczbę chorych na zołzy dzieci 468, otrzymamy ogólną liczbę 720 chorych gruźliczych, czyli 17·1% ogólnej liczby chorych. To znaczy, że co szósty chory w naszem ambulatoryum cierpi na gruźlicę. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Puterman zwraca uwagę na znaczny procent gruźlicy wśród młodzieży szkolnej. W Niemczech badaniem klinicznem, anatomopatologicznem oraz biologicznem wykryto 50%—80% jawnej gruźlicy wśród młodzieży szkolnej. — Oprócz kol. P. w dyskusyi uczestniczyli: kol. Starkiewicz, Weinzieher, Królikowski, Dehnel i Wołkowicz S. Weinzieher (Będzin).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VIII. do 31. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 3 † 1),

krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 2 (— † —), duru brzusznego — † — (4 † —), czerwonki 30 † 3 (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † — (— † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. VIII. do 2. IX. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 2, dur wysypkowy — † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Nowa ustawa wojskowa wprowadza też dla medyków różne zmiany. I tak obecnie przy linii służyć będą medycy tylko 3 miesiące i to wstępować 1. lipca tak, że nie utracą przez to półrocza. Służbę tę odbywać mogą i przy marynarce po pierwszym roku szkolnym względnie najpóźniej przed ukończonym 24 rokiem życia. Następnych 9 miesięcy służą już po doktoracie, z czego 6 miesięcy (od 1. kwietnia lub od 1. października) w szpitalach wojskowych, a 3 przy linii (najpóźniej przed ukończonym 28 rokiem życia). W czasie tej służby zostaną oni mianowani zastępcami lekarzy wojskowych. W razie wystąpienia z fakultetu lekarskiego muszą byli medycy odbywać owe 9 miesięcy jako zwykli jednoroczni ochotnicy przy linii lub przy sanitetach. X.

Ze względu na coraz to liczniejsze zamachy na życie lekarzy psychiatrów ze strony umysłowo chorych, zarząd miejski w Petersburgu postanowił o ile możności zwiększyć personal służbowy tak, aby wypadał jeden posługacz na 4 chorych (obecnie 1 na 7). X.

— Ministerstwo oświaty we Francyi wprowadziło obecnie reformę studyów medycznych. Mianowicie zniosło ono egzamin z nauk przyrodniczych, a wprowadziło w to miejsce dwa nowe przedmioty: bakteryologię i parasytologię. X.

— We Francyi niektórzy lekarze wojskowi pragną zastosować aeroplany do transportu rannych i zbierają na to odpowiednie składki. X.

— Koło Rouen we Francyi wykopano posążek z czasów rzymskich przedstawiający znakomicie typ rachityczny. X.

— Opieka nad dziećmi zrobiła w Rzymie obecnie znaczne postępy. Najpierw założono tak zwane »case del latte«, w których na wzór instytucyi kropli mleka udziela się rad matkom, waży i obserwuje niemowlęta, a nawet rozdaje się matkom bony na mleko, mięso, lub rozdaje się pożywienie w odpowiednich kuchniach. Dzieci od 1—2 lat doglądają na mieście specyalnie uproszone panie. Od 3 roku życia dzieci mogą uczęszczać do ogródków miejskich przez lat 3, poczem przechodzą do szkół ludowych, gdzie zaczyna się nad niemi roztaczać już opiekę lekarską, w postaci badań lekarzy szkolnych. W godzinach wolnych od nauki pozostają dzieci w t. zw. ricreatori (rodzaj klubu dziecięcego), gdzie bawią się, uczą gimnastyki, sportów, muzyki, dyscypliny wojskowej i t. p. Lokalów na to udziela gmina. Potem wyćwiczone dzieci tworzą hufce i wyruszają ze swymi nauczycielami za miasto. Dla dzieci, mających wady fizyczne, są osobne sale ortopedyczne. Nadto koło Rzymu jest kilka szkół leśnych i na świeżem powietrzu. Dzieci przynoszą sobie tam składane ławki w tornistrze. Prócz tego nauka odbywa się też na dachach szkół, co niezmiernie korzysznie wpływa na zdrowie słabych osobników. Podczas wakacyi wysyła się dzieci nad morze do kolonii gór (campi scholastici) i t. p., przyczem wędrują z obozu do obozu, robią spostrzeżenia topograficzne pod okiem nauczycieli, oglądają zakłady przemysłowe, pomniki historyczne i sławne miejscowości i t. p. Klęsk.

Mianowani: Dr Zdzisław Lachowicz został mianowany referentem sanitarnym przy namiestnictwie we Lwowie. Prof. Otfryd Müller dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych w Tybindze. Arnaldo Maggiora zwycz. profesorem higieny w Padwie.

Zmarli: F. A. Forel b. prof. anatomii w Lozannie; W. J. Sinclair prof. położnictwa i ginekologii w Manchesterze; J. Siklossy, docent okulistyki w Budapeszcie.

Redakcya otrzymała: Dr K. Dłuski i Dr St. Rudzki: VIII. Sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem. Kraków 1912. — Prof. Dr A. Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego. Odb. z »Tyg. lek.« 1912. — Prof. Dr A. Bednarski: Ueber die Dekompressionsoperationen bei Erkrankungen des Sehnerven. Sonderabdr. aus »Archiv f. Augenheilkunde«. Tom LXXII. Zeszyt 1. 1912. — Prof. Dr M. Mosse u. Dr G. Tugendreich: Krankheit und Soziale Lage. Lehmans Verlag, München 1912.— J. Zawadzki: Potrzeby naszych miast i miasteczek. Odb. z Nru 3 »Zdrowia« 1912. — Falgowski: Blasenmole bei Zwillingsschwangerschaft mit vollständiger Austragung der einen Frucht. Sonderabdr. aus Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie«. 1911.— W. Falgowski: O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować. Odb. z »Przegl. chirurg. i ginekol.« Warszawa, 1911.— Falgowski: O korzyściach operowania drogą pochwową. Warszawa, 1911. — Ludwika Justmann: Einflus der kochsalzarmen u. kochsalzreichen Diät auf die Magensaftsekretion bei Hyperacidität. Inaug-Dissert. Strassburg 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.